

**Rainer Sachse, Peter Schlebusch und Claudia Sachse:**

## **Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie**

Die Gesprächspsychotherapie stellt heute kein einheitliches Therapieverfahren mehr dar (vgl. Sachse, 1999): Sie reicht von eher nondirektiven Ansätzen (vgl. Biermann-Ratjen et al., 1995; Schmid, 2002) über die „process-experiential psychotherapy“ (vgl. Greenberg et al., 1993) bis zur „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“ (Sachse, 1992, 1996, 2003).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, darzustellen, dass sich die Gesprächspsychotherapie in den letzten Jahren sehr stark weiterentwickelt hat zur Klärungsorientierten Psychotherapie, dass diese Entwicklung aufgrund empirischer Ergebnisse notwendig ist und in welchem Ausmaß sich die Klärungsorientierte Psychotherapie von Klassischer Gesprächspsychotherapie unterscheidet.

### 1. Empirische Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Begonnen werden soll mit einigen Schlussfolgerungen, die man aus empirischen Erfolgs- und Prozessforschungen ziehen muss. Diese Schlussfolgerungen zeigen sehr eindrücklich, dass Gesprächspsychotherapie in ihrer „klassischen“ Form nicht mehr haltbar ist, und sie weisen auch eine Richtung, in die sich eine Neukonzeption bewegen sollte.

Ich möchte hier nicht die Forschungen selbst referieren, das würde zu weit ins Detail führen; ich möchte vielmehr die Schlussfolgerungen darstellen, die aus den Forschungsarbeiten gezogen werden können. Ich möchte hier angeben, auf welche Arbeiten ich meine Schlussfolgerungen beziehe, sodass jeder Hörer meine Schlüsse selbst überprüfen kann. Meine Schlussfolgerungen basieren auf folgenden Arbeiten: Orlinsky & Howard, 1986; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990a, 1990b; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994; Elliott, 1996, 2002; Sachse & Elliott, 2002; Sachse, 1992, 1999; Sachse & Takens, 2003.

Ich möchte zum einen Schlussfolgerungen ziehen aus der Outcome-Forschung. Die meines Erachtens relevanten Schlussfolgerungen sind folgende:

1. Klassische Gesprächspsychotherapie (Rogerianischer Prägung) erweist sich in Effektivitätsstudien durchweg als nur mäßig effektiv. Die durchschnittlichen Effektstärken liegen bei 1.24.

Klassische Gesprächspsychotherapie hilft Klienten bei konstruktiven Veränderungen nur mittelmäßig.

2. Klassische Gesprächspsychotherapie erweist sich durchweg als weniger wirksam als z.B. Kognitive Therapie.
3. Das Wirkungsspektrum der klassischen Gesprächspsychotherapie ist deutlich schmäler als das der interaktionellen Verhaltenstherapie, d.h. es ändern sich durch die Therapie weniger Bereiche.
4. Somit ist die klassische Gesprächspsychotherapie keineswegs eine hoch wirksame Therapieform, sie ist weit davon entfernt, „ideal“ zu sein.

Daher kann sie, wenn es um effektive Hilfe für Klienten gehen soll, nicht so konserviert bleiben, wie sie ist. Eine Konservierung der Therapieform auf dem klassischen Niveau ist empirisch in keiner Weise zu rechtfertigen. Sie muss sich vielmehr weiterentwickeln.

5. Klienten klassische Gesprächspsychotherapie anzubieten bedeutet, ihnen eine suboptimale Methode anzubieten.

Das ist nicht klientenzentriert. Dies ist bestenfalls ideologiezentriert oder therapeutenzentriert. Schon allein aus diesem Grund ist es zwingend erforderlich, die Gesprächspsychotherapie weiterzuentwickeln.

6. Direktivere Formen wie die „process-experiential psychotherapy“ weisen deutlich höhere Effektstärken auf, die mit denen kognitiver Therapie vergleichbar sind.
7. Eine andere theoretische wie methodische Weiterentwicklung wie Zielorientierte Gesprächspsychotherapie ist prozessdirektiv und bearbeitungsorientiert.

Zielorientierte Gesprächspsychotherapie weist Effektstärken von 2.3 auf. Damit ist sie so effektiv wie Kognitive Therapie.

Dies zeigt, dass Gesprächspsychotherapie effektiv weiterentwickelt werden kann, aber auch weiterentwickelt werden muss.

8. Weiterentwicklung bedeutet aber notwendigerweise Veränderung: Das System der Gesprächspsychotherapie kann kein Rogerianisches System mehr bleiben, wenn es sich verändert. Will man die Therapieform weiterentwickeln, dann muss man sich gleichzeitig von Klassischer Gesprächspsychotherapie verabschieden.
9. Die Beziehungsmerkmale oder Beziehungsvariablen Empathie, Akzeptierung und Kongruenz korrelieren in Studien im Durchschnitt mit 0.20 mit dem Therapieerfolg.
10. Dies bedeutet, dass die therapeutischen Bedingungen Empathie, Akzeptierung und Kongruenz weder notwendige noch hinreichende Bedingungen für konstruktive Veränderungen beim Klienten sind. Dies wird jedoch von einigen Gesprächspsychotherapeuten immer noch behauptet, trotz aller Gegenbeweise.
11. Die zweite Folgerung aus den Daten ist: Beziehungsmerkmale beeinflussen den Therapieerfolg nur minimal. Die „Beziehungsgestaltung“ durch den Therapeuten allein ist damit im Durchschnitt so gut wie nicht therapierelevant.

Gesprächspsychotherapie als „Beziehungstherapie“ aufzufassen, ist damit empirisch durch nichts gerechtfertigt. Es ist eine reine, unbewiesene Ideologie. Beziehung ist damit *nicht* die entscheidende Wirkvariable der Gesprächspsychotherapie. Auch dies wird von vielen Gesprächspsychotherapeuten aber immer noch behauptet.

12. Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten ist wahrscheinlich eine wichtige, jedoch gar keines Falls eine hinreichende Bedingung für eine effektive Therapie (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Beziehung ist die Voraussetzung für eine weitere, konstruktive Arbeit; ohne diese Voraussetzung findet auch keine konstruktive Arbeit statt. Das therapeutische Angebot muss dann aber noch weit über ein Beziehungsangebot hinausgehen.

13. Die Qualität der Klärungsarbeit korreliert dagegen über 0.60 mit dem Therapieerfolg. Die entscheidenden Therapieeffekte gehen in der Gesprächspsychotherapie von *Klärungsprozessen* aus.

Gesprächspsychotherapie sollte daher als Klärungsorientierte Psychotherapie verstanden werden, nicht als beziehungsorientierte Psychotherapie.

Daher ist es wichtig, sich mit Klärungsprozessen in der Gesprächspsychotherapie zu befassen. Dies soll nun anhand von Schlussfolgerungen aus einer Reihe von Prozessstudien geschehen. Diese Schlussfolgerungen sind:

1. Therapeuten haben mit ihren Interventionen einen sehr stark steuernden Einfluss auf die Klärungsprozesse von Klienten: Ob sie wollen oder nicht, *sie wirken direktiv*, sie beeinflussen die Klientenprozesse. Ein „nondirektives“ Handeln des Therapeuten gibt es daher nicht.

Das Konzept einer „nondirektiven Psychotherapie“ ist empirisch schlicht nicht haltbar.

Jede Therapie ist eine Art von Beeinflussung. Sie kann allerdings auch eine Beeinflussung mit dem Ziel verstärkter Selbstregulation sein.

2. Klienten lassen sich in ihrem Klärungsprozess von Therapeuten in sehr hohem Maße steuern, d.h. sie lassen sich von Therapeuten beeinflussen, d.h. sie sind im Prinzip offen für eine therapeutische Einwirkung.

Klienten *wollen* somit, dass die Therapeuten ihren Prozess steuern, d.h. eine Steuerung ist hochgradig klientenzentriert.

3. Klienten benötigen für eine Vertiefung des Klärungsprozesses in hohem Maße entsprechende Interventionen vom Therapeuten; von sich aus vertiefen sie die Prozesse so gut wie gar nicht. Um einen konstruktiven Klärungsprozess aufzunehmen, brauchen die Klienten Steuerung vom Therapeuten. Eine selbst-initiierte Vertiefung findet so gut wie nicht statt. Das bedeutet: In den eigenen Klärungsprozessen lässt sich keine Aktualisierungstendenz der Klienten feststellen.

Sollte es eine sogenannte „Aktualisierungstendenz“ geben, was ich bezweifle, dann zeigt sie sich zumindest nicht im Therapieprozess. Man muss vielmehr annehmen, dass Klienten in ungünstigen Bearbeitungen „festsitzen“ und dass sie diese Schwierigkeiten nur durch sehr gezielte Hilfe durch den Therapeuten wieder aufheben können.

4. Klienten lassen sich im Klärungsprozess leicht stören; sie nehmen verflachende Bearbeitungsangebote in sehr hohem Maße an; sie sind daher nicht gegen Einflüsse des Therapeuten resistent.

Therapeuten können sich daher in hohem Ausmaß untherapeutisch verhalten, insbesondere dann, wenn sie keine Experten, sondern nur „gute Menschen“ sind.

5. Der Vertiefungsprozess ist für Klienten schwierig und anspruchsvoll.

Klienten müssen sich voll auf diesen Prozess konzentrieren. Die Therapeut-Klient-Beziehung wird dabei nachweislich zu einer Hintergrundvariable; sie muss vorhanden sein, aber sie darf gar nicht explizit in Erscheinung treten!

6. Klienten benötigen auch für die *Aufrechterhaltung* einer vertiefenden Arbeit ständig steuernde Unterstützung vom Therapeuten; ohne diese verflachen die Klienten ihre Klärungsprozesse wieder.

Therapeuten müssen dazu genau wissen, wann und wodurch sie die Klärungsarbeit der Klienten gezielt fördern müssen und fördern können.

7. Ein Therapeut muss den Explizierungsprozess des Klienten in einer ganz bestimmten Weise fördern, um einen effektiven Klärungsprozess zu initiieren, nämlich langsam, Schritt für Schritt und möglichst ohne eine Explizierungsstufe auszulassen. Therapeuten können sich somit hochgradig konstruktiv, aber auch hochgradig destruktiv verhalten.

Um sich konstruktiv verhalten zu können, benötigen sie ein hohes Maß an therapeutischem know how, und sie müssen sehr gut und sehr genau verstehen, wo sich die Klienten mit ihrer Bearbeitung jeweils befinden.

8. Der Therapeut übt daher einen sehr starken Einfluss auf die Klärungsprozesse der Klienten aus. Er sollte daher ein *Prozessexperte* sein, der die Prozesse gezielt fördert und konstruktiv steuert. Er hat eine *große Prozessverantwortung* im Therapieprozess. Er ist damit weit mehr als ein Bereitsteller von Wachstumsraum oder von Beziehung: Er bestimmt in hohem Maße durch aktives Handeln die Qualität der Klienten-Prozesse.

Er beeinflusst gezielt den Klärungsprozess des Klienten; und dies *muss* er tun, weil der Klient es benötigt: Ansonsten lässt er den Klienten allein.

9. Der Einfluss des Therapeuten auf den Klärungsprozess des Klienten ist umso höher, je besser der Therapeut den Klienten versteht.

Exaktes therapeutisches Verstehen ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass der Therapeut dem Klienten überhaupt konstruktive Angebote machen kann.

10. Verstehen allein genügt jedoch nicht: Der Therapeut muss nicht nur verstehen, was der Klient meint, er muss auch dem Klienten deutlich machen, wie und an welcher Frage der Klient *nun* arbeiten soll; d.h. eine konstruktive Förderung bedeutet, dass der Therapeut dem Klienten *Bearbeitungsangebote* macht.
11. Klienten können Interventionen des Therapeuten umso leichter umsetzen und umso konstruktiver nutzen, je stärker der Therapeut seine Intervention auf den fokalen Kern, auf das vom Klienten zentral Gemeinte bezieht, also „am Kern verankert“.
12. Der Therapeut kann damit den Klärungsprozess des Klienten auch nur dann konstruktiv steuern, wenn er genau rekonstruiert, was der Klient meint und sich so genau wie möglich auf den Klienten bezieht.

Auch dazu muss ein Therapeut über Wissen verfügen und ein Modell über den Klienten bilden: Er muss nicht nur verstehen, was ein Klient *sagt*, er muss verstehen, was ein Klient *meint*, und er muss die Schemata, d.h. das „innere Bezugssystem“ des Klienten verstehen, d.h. in einem Klienten-Modell abgebildet haben.

13. Interventionen des Therapeuten wirken besonders dann konstruktiv auf den Klärungsprozess des Klienten, wenn sie
  - kurz sind;
  - immer nur eine Anweisung gleichzeitig enthalten;
  - klar und verständlich sind;
  - das, was der Therapeut meint, direkt und explizit ausdrücken und nicht implizit und indirekt.
14. Der Therapeut sollte daher ein *Experte* sein: Er benötigt hohe Kompetenzen, um zu verstehen, was der Klient meint, um den Klienten durch gezielte und gute Interventionen konstruktiv zu steuern; der Therapeut muss daher über Wissen und Empathie verfügen, das Richtige zum richtigen Zeitpunkt tun und ein Modell über den Klienten und seine Bearbeitung bilden.
15. Klienten kommen mit unterschiedlichen Eingangsvoraussetzungen in die Therapie.
16. Reagieren Klienten vermindert auf klärungsorientierte Interventionen des Therapeuten, dann ist es notwendig, andere therapeutische Maßnahmen zur Förderung der Klienten einzusetzen, wie z.B. Bearbeitung der Bearbeitung oder komplementäre Beziehungsgestaltung. Diese Maßnahmen steigern die Reagibilität der Klienten auf klärungsorientierte Interventionen.
17. Klienten mit psychosomatischen Darm-Erkrankungen (Morbus Crohn und Colitis Ulcerosa) zeigen eine geringere Annahme vertiefender Bearbeitungsangebote und ein höheres Ausmaß von Vermeidung als Achse-I-Klienten. Bei psychosomatischen Klienten ist es effektiv, dass Therapeuten in höherem Ausmaß prozessdirektiv sind und in hohem Ausmaß spezifische Interventionen realisieren; „klassische“ Gesprächstherapie-Vorgehensweisen sind praktisch völlig ineffektiv.

18. Therapeuten müssen sich daher differentiell auf die Eingangsvoraussetzungen der Klienten einstellen, sie müssen störungsspezifisch handeln; sie können keinesfalls allen Klienten das gleiche Angebot machen.

Gesprächspsychotherapie benötigt daher dringend störungsspezifische Konzepte.

19. Wie schnell ein Therapeut den Klärungsprozess des Klienten vertiefen kann und wie stark er den Klienten fördern kann, hängt somit auch von Charakteristika des Klienten ab.

Therapeuten benötigen daher auch Wissen über Störungen der Klienten und die daraus resultierenden Eingangsvoraussetzungen von Klienten und darüber, auf welche therapeutische Maßnahmen die Klienten ansprechen.

20. Die Tiefe des Klärungsprozesses steigt im Therapieverlauf kontinuierlich an. Etwa in der Mitte der Therapie werden vom Klienten die tiefsten Explizierungsniveaus erreicht. Zum Ende der Therapie hin nimmt die Tiefe des Explizierungsprozesses wieder leicht ab.

21. Auch im Verlauf einer einzelnen Stunde steigen die Explizierungsniveaus langsam an. Klienten beginnen nicht sofort mit dem Klärungsprozess, sondern benötigen eine „Anlaufphase“.

22. Erfahrene Therapeuten steuern die Prozesse der Klienten stärker und machen mehr vertiefende Bearbeitungsangebote als unerfahrene Therapeuten. Dementsprechend zeigen auch Klienten erfahrener Therapeuten tiefere Klärungsprozesse als Klienten unerfahrener Therapeuten.

## 2. Entwicklungslinien einer Klärungsorientierten Psychotherapie als Folgerungen aus den empirischen Ergebnissen

Ich möchte nun eine Reihe von Konsequenzen aus den empirischen Ergebnissen ziehen über die Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie. Diese Aspekte sind in der „Zielorientierten Gesprächspsychotherapie“ (vgl. Sachse, 1986, 1988, 1992, 1999; Sachse & Maus, 1991) bzw. der „Klärungsorientierten Psychotherapie“ (Sachse, 2003) weiter ausgearbeitet.

### *1. Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie.*

Es ist klar, dass die „Basisvariablen“ Empathie, Akzeptierung und Kongruenz eine unverzichtbare Basis für den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Allianz darstellen. Und es ist klar, dass eine gute Therapeut-Klient-Beziehung eine unverzichtbare Basis für eine gute klärungsorientierte Arbeit darstellt. Und es ist weiterhin klar, dass die Beziehungsgestaltung für manche Klienten auch bereits ein wichtiges therapeutisches Agens ist. Im Allgemeinen reicht jedoch ein Beziehungsangebot bei weitem nicht aus. Gesprächspsychotherapie sollte daher nicht zentral als eine „Be-

ziehungstherapie“ definiert werden. Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit sollte stattdessen auf Klärungs- / Explizierungsprozessen liegen. Klienten sollte dabei gezielt geholfen werden, problemrelevante kognitive und affektive Schemata zu re-präsentieren, ein Bewusstsein von diesen Schemata zu erarbeiten und diese Schemata damit einer weiteren therapeutischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Diese Klärungsorientierung ist meines Erachtens der zentrale Kern und die zentrale Expertise der Gesprächspsychotherapie. Klärungsorientierung ist hochgradig klienten-zentriert, weil sie den Klienten hochgradig effektiv weiterhilft und weil die Klienten eine solche Unterstützung vom Therapeuten *erwarten* und erwarten dürfen (vgl. Sachse, 1986, 1992).

## 2. Von den „therapeutic conditions“ zu konkreten Handlungen.

Rogers (1959) hat als Wirkvariablen sehr unspezifische „therapeutic conditions“ angegeben, aber nicht genau definiert, was Therapeuten wann genau tun sollen. Damit haben Therapeuten kein spezifisches Handlungswissen, und es gibt auch keine wirkliche Prozessforschung, sondern nur ein lineares Monokausalmodell: condition → Veränderungen. Diese Vorstellungen sind angesichts der Therapieentwicklung antiquiert und für Therapeuten sehr wenig hilfreich. Stattdessen benötigt man konkretes Handlungswissen, Störungswissen, Indikationsregeln u.ä. (vgl. Sachse & Maus, 1991).

## 3. Empathisches Verstehen: Vom „Hineinversetzen“ zur Rekonstruktion.

Empathisches Verstehen, so zeigen die empirischen Ergebnisse, ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass ein Therapeut den Klienten versteht und dafür, dass er dem Klienten im Klärungsprozess gezielt helfen kann. Die klassische Konzeption von empathischem Verstehen ist dazu jedoch unzureichend. Ein Therapeut kann sich nicht unmittelbar „in den Klienten hineinversetzen“. Psychologisch betrachtet ist „Verstehen“ vielmehr ein hoch komplexer Rekonstruktionsprozess, den Therapeuten auf dem Hintergrund ihres Wissens und ihres Modells vom Klienten vornehmen. Ein „phänomenologisches Verstehenskonzept“ ist psychologisch völlig unhaltbar. Es führt zu einem höchst naiven und falschen Verständnis relevanter Prozesse. Daher sollte es grundsätzlich aufgegeben werden. Verstehensprozesse sollten vielmehr sprachpsychologisch konzipiert werden. Dabei muss deutlich werden,

- dass Verstehen immer mit Hilfe des eigenen Wissens geschieht;
- dass es deshalb nie ein unvoreingenommenes, a priori valides Verstehen geben kann;
- dass Verstehen immer nur eine Hypothese ist;
- dass Verstehen ein komplexer, stör anfälliger Prozess der Rekonstruktion des vom Klienten Gemeinten ist;
- dass ein Therapeut keineswegs in der Lage sein kann, alle Klienten zu verstehen.

Klassische Verstehenskonzepte in der Gesprächspsychotherapie sind unpsychologisch, naiv und empirisch schlicht falsch und sollten daher dringend revidiert werden (Sachse, 1992).

#### 4. Von der Nondirektivität zur Prozessdirektivität.

Klienten haben von sich aus massive Probleme bei der Klärung relevanter Schemata. Sie stecken in dysfunktionalen Bearbeitungen fest, vermeiden eine Auseinandersetzung mit negativen Schemata usw. Daher müssen die Therapeuten den Klienten gezielt helfen. Sie müssen Interventionen und Strategien anwenden,

- um die Perspektive des Klienten zu internalisieren;
- um Schemata zu aktivieren;
- um die Aufmerksamkeit zu steuern;
- um Fragestellungen zu entwickeln;
- um an der Repräsentation des Schemas zu arbeiten.

Therapeuten müssen daher *gezielte Bearbeitungsangebote* machen und diese müssen sich aus dem Verstehen des Klienten ableiten. Damit sind die Therapeuten prozessdirektiv, sie machen dem Klienten gezielt Angebote darüber, was der Klient als nächstes tun sollte bzw. was der Klient nicht tun sollte, um nicht wieder in sein dysfunktionales Bearbeitungsmuster zu verfallen. Lassen Therapeuten den Klienten einfach „laufen“ oder folgen sie ihm nur, dann findet kein konstruktiver Klärungsprozess statt. Nirgendwo zeigt sich eine Aktualisierungstendenz weniger als im Therapieprozess. Macht der Therapeut dem Klienten *keine* Angebote, dann lässt er den Klienten allein, lässt ihn hängen, enthält ihm eine mögliche Forderung vor und ist damit extrem wenig klientenzentriert. Den Klienten sind die ideologischen Postulate der Gesprächspsychotherapie völlig gleichgültig. Klienten wollen, dass man ihnen optimal hilft und ihnen die beste verfügbare Therapie anbietet, nicht die reinste Lehre. Klienten wollen keine Religion, sie wollen Professionalität. Und sie haben ein Recht darauf (Sachse, 2003).

#### 5. Von der Nondirektivität zur „Inhaltsabstinenz“.

In der Gesprächspsychotherapie sollte der Therapeut durch Klärungsprozesse die Selbstregulation von Klienten erhöhen, er sollte die Entfremdung der Klienten von ihrem eigenen Motivsystem überwinden und Klienten befähigen, eigene Entscheidungen zu treffen. Um diese Ziele zu erreichen, sollte der Therapeut dem Klienten nicht vorgeben, was er denken oder fühlen sollte, welche Inhalte rational oder irrational sind, welche Annahmen er haben oder welche Entscheidungen er treffen sollte. D.h., der Therapeut fördert den Klienten darin, *eigene* Entscheidungen zu fällen, selbst zu wissen, was er will usw.

Somit bedeutet „Nondirektivität“ eigentlich weitgehende Inhaltsabstinenz: Der Therapeut gibt dem Klienten keine Inhalte vor. Natürlich kann der Therapeut nie völlig in-



haltsabstinent sein: Er beeinflusst den Klienten schon durch seinen Stil, seine Sprache, seine impliziten Meinungen usw. Das ist natürlich nicht zu vermeiden, aber das geschieht auch im normalen Alltag. Darüber hinaus sollte der Therapeut dem Klienten jedoch keine Vorgaben machen.

Dieses Prinzip resultiert auch nicht aus einer Ideologie, sondern es resultiert notwendigerweise aus dem Ziel, den Klienten selbstregulativ zu machen. Um dies zu erreichen, müssen jedoch bestimmte Arten von Bearbeitungsprozessen beim Klienten angeregt werden.

#### 6. *Vom „reinen Verstehen“ zur Konfrontation.*

Klienten sind ihren Klärungsprozessen gegenüber hoch ambivalent. Daraus resultiert, dass die Klienten Vermeidungsstrategien verwenden, um sich nicht mit negativen Inhalten beschäftigen zu müssen. Klienten mit psychosomatischen Erkrankungen verwenden sogar Vermeidungsstrategien in so hohem Ausmaß, dass inhaltliche Arbeit kaum möglich ist. Daher sollten sich Therapeuten gezielt mit Vermeidungsstrategien befassen: Sie sollten Klienten damit konfrontieren und die Gründe der Vermeidung aktiv bearbeiten. Auch diese Vorgehensweisen sind hochgradig prozessdirektiv. Therapeuten machen hier Angebote; sie zwingen die Klienten keineswegs zu dieser Arbeit. Aber der Therapeut macht den Klienten aufmerksam, er übernimmt *seinen* Teil der Prozessverantwortung und lässt den Prozess nicht einfach laufen. Tut der Therapeut dies nicht, dann kann der Klient auch mit einer Parkuhr reden.

#### 7. *Von der „Reinheit der Lehre“ zur Integration effektiver Methoden.*

Klärungsprozesse sind die Voraussetzung für eine *weitere* Bearbeitung von Schemata. Klärungsprozesse sind daher eine notwendige, manchmal aber keine hinreichende Voraussetzung für eine Schema-Veränderung. Die Klärung allein führt noch nicht dazu, dass sich Schemata auch ändern. Ist das so, dann muss der Therapeut dem Klienten wiederum Angebote machen, die dem Klienten weiterhelfen, oder er lässt ihn erneut im Stich. Klienten müssen dabei angeleitet werden,

- Schemata zu prüfen;
- Schemata mit anderen Schemata und Ressourcen zu verbinden;
- Schemata systematisch zu testen;
- Alternativ-Annahmen zu entwickeln.

Dazu stellt die Kognitive Therapie gute therapeutische Strategien bereit. *Diese Strategien sollten in eine effektive Gesprächspsychotherapie integriert werden.* D.h., das Methodenarsenal der Gesprächspsychotherapie sollte durch andere effektive Methoden ergänzt werden. Dabei ist völlig egal, ob diese Strategien in die klassische Ideologie passen: Klientenzentrierung bedeutet für mich, dass den Klienten die effektivsten Methoden angeboten werden und nicht, dass ihnen die sauberste Ideologie an-

geboten wird. Ideologie hat noch niemandem geholfen (außer vielleicht den Ideologen).

#### 8. Vom Homogenitätsmythos zur Störungsspezifität.

Sämtliche Forschungsliteratur macht deutlich, dass unterschiedliche Störungen unterschiedlich psychologisch funktionieren. Klienten mit unterschiedlichen Störungen bringen somit ganz unterschiedliche Eingangsvoraussetzungen in die Therapie ein, sie brauchen damit auch unterschiedliche therapeutische Angebote. Klientenzentrierung bedeutet in diesem Fall,

- dass Therapeuten Wissen haben über die unterschiedlichen Störungen;
- dass die Methode Strategien und Interventionen entwickelt, die genau auf die Eingangsvoraussetzungen und Ziele der jeweiligen Klienten passen.

Gesprächspsychotherapie kann nicht länger von einem Homogenitätsmythos ausgehen, diese Annahme ist steinzeitlich und empirisch völlig unhaltbar. Störungsspezifität impliziert aber auch, dass man im Rahmen der Gesprächspsychotherapie *Diagnostik* braucht. Diagnostik sichert ein möglichst klientennahes Vorgehen! Diagnostik bedeutet in diesem Fall, möglichst früh zu erkennen, was ein Klient braucht und worauf ein Klient ansprechen wird, um sich dann aufgrund dieser Information so klientenzentriert wie möglich verhalten zu können. Die Ablehnung von Diagnostik in der Gesprächspsychotherapie ist hochgradig unsinnig: *Jede* Information, die dem Therapeuten hilft, sich auf den Klienten einstellen zu können, ist nützlich, egal aus welcher Quelle diese Information stammt.

#### 9. Vom „guten Menschen“ zum Experten.

Wenn man bedenkt, wie gezielt und gut ein Therapeut einen Klienten fördern muss, um wirklich konstruktive Prozesse anzuregen, und wie stark ein Therapeut den Klienten-Prozess durch ungünstige Interventionen stören kann, dann ist klar, dass ein Therapeut ein Experte sein muss. Ein Therapeut sollte in der Gesprächspsychotherapie auch als Person real und greifbar sein: Das ist jedoch die Beziehungsseite der Therapie. Auf der Klärungsseite muss der Therapeut *darüber hinaus* ein Prozessexperte sein. Der Therapeut muss

- die richtigen Bearbeitungsangebote zur richtigen Zeit machen;
- sich zwischen Strategien entscheiden;
- Ziele auswählen;
- Indikationsentscheidungen treffen usw.

Um das alles tun zu können, muss ein Therapeut

- Wissen haben über psychische Störungen;

- Wissen haben über Therapieziele;
- Wissen haben über therapeutische Strategien und Interventionen.

Ein Therapeut muss Entscheidungen treffen, verstehen, Strategien planen. Ein Therapeut muss auch in der Lage sein, langfristig strategisch zu handeln, er muss Interventionswirkungen vorhersehen können, „weite Räume überblicken“, Modelle bilden usw. D.h.: Um effektiv handeln zu können und um Klienten effektiv fördern zu können, muss ein Therapeut ein Experte sein und als Experte handeln (Becker & Sachse, 1998). Und er muss als Experte seinen Teil der Prozessverantwortung in der Therapie übernehmen. Nur als Person da zu sein ist für den Therapeuten eine bequeme Aufgabe, die kein Wissen, keine Expertise und nur ein Minimum an Verarbeitung erfordert; sie stellt dem Klienten aber auch nur ein Minimum an Unterstützung zur Verfügung. Sie ist damit eine eher homöopathische Therapie und damit weit davon entfernt, das zu realisieren, was therapeutisch wirksam ist. Therapeuten, die das tun, bieten von dem, was therapeutisch wirkt, ihren Klienten allenfalls 5% an. Sie bieten das was wirkt überwiegend nicht an. Soll man das wirklich ein verantwortungsbewusstes therapeutisches Handeln nennen?

#### *10. Von der naiven Haltung zum Klienten-Modell.*

Therapeuten sollten deshalb auf der Basis ihres Wissens ständig Informationen über den Klienten verarbeiten und ein Modell vom Klienten bilden. Ein Modell darüber,

- was die Probleme des Klienten sind;
- welche Ziele angestrebt werden können;
- wie der Klient die Beziehung zum Therapeuten gestaltet;
- wie der Klient seine Probleme bearbeitet;
- wie der Klient optimal gefördert werden könnte.

Therapeuten bilden ohnehin Modelle, ob sie wollen oder nicht; das Modell sollte aber nicht zufällig sein, sondern systematisch, diszipliniert gebildet werden und es sollte auf psychologischem Wissen basieren. Die Modelle, die ein Therapeut bildet, sind die Basis

- für das Verstehen des Therapeuten, sind also kein Gegensatz zu, sondern die Basis eines empathischen Verstehens;
- für therapeutische Entscheidungen;
- für die Bildung von Interventionen und Strategien.

Ohne ein Modell ist ein gezieltes therapeutisches Handeln gar nicht möglich.

#### *11. Vom Folgen zum Verhandeln.*

Im Therapieprozess ist der Klient Experte für die Inhalte und der Therapeut Experte für den Prozess. Der Klient bestimmt, was bearbeitet werden soll, was er erreichen will, was er ändern will usw. Der Therapeut macht deutlich, welche Ziele *erreichbar* sind, was der Klient bearbeiten und verändern sollte, *wenn* er bestimmte Ziele erreichen will (und nur dann!). Im Therapieprozess müssen nun diese beiden Experten verhandeln, sie müssen einen Konsens, einen Kompromiss bilden. Der Therapeut macht dabei deutlich, was machbar ist und was zur Erreichung bestimmter Ziele getan werden muss: Er ist Experte für das Entwickeln von Lösungen und für die Bearbeitung von Inhalten. Der Klient bestimmt, ob er die Angebote des Therapeuten annehmen und umsetzen will. Will der Klient dies nicht, hat der Therapeut das zu akzeptieren: Jeder Klient hat das Recht auf seine Probleme. Inhaltlich macht der Therapeut keinerlei Vorschriften, er sagt dem Klienten keinesfalls, was gut und richtig ist oder wie er sich entscheiden sollte. Er brandmarkt Gedanken auch nicht als „irrational“. Nur der Klient kann wissen, welche Entscheidungen er treffen und durchhalten kann. Der Therapeut aber kann sagen, ob der Klient ein Ziel durch bestimmte Vorgehensweisen erreichen kann oder ob er bei bestimmten Arten der Bearbeitung stecken bleiben wird.

### *12. Von der Ideologie zur Psychologie.*

Rogers hatte sich bemüht, sein System auf der zeitgenössischen Psychologie zu basieren. Aber das ist 50 Jahre her, die Annahmen der Rogers-Theorie sind inzwischen völlig hoffnungslos veraltet. Will man Gesprächspsychotherapie heute auf der Psychologie basieren, dann muss man viele Rogerianische Konzepte grundlegend verändern, wie:

- Aktualisierungstendenz,
- Erfahrung,
- Haltungen,
- Nondirektivität,
- die Annahme, Haltungen hätten Veränderungen zur Folge, u.v.a.

Tut man das nicht, dann verliert man den Anschluss an die Psychologie. Und dann betreibt man keine Psychologische Psychotherapie mehr. Und das ist die andere Möglichkeit, die wissenschaftliche Fundierung der Gesprächspsychotherapie zu verspielen: Orientiert man sich nicht mehr an der zugrundeliegenden Wissenschaft, dann ist man auch kein wissenschaftlich orientiertes Verfahren mehr. Wissenschaft aber entwickelt sich weiter: Und deshalb muss sich auch die Gesprächspsychotherapie weiterentwickeln, um den Anschluss nicht zu verpassen.

### *13. Von der Konfession zur Profession.*

Therapeuten in der Gesprächspsychotherapie sollten sich als Prozessexperten definieren, die Klienten ein wissenschaftlich fundiertes Veränderungsangebot machen, ein therapeutisches Angebot, das Klienten möglichst effektiv bei der Lösung von

Problemen hilft. Dabei sind Therapeuten Professionals: Sie leben keine Ideologie, sondern sie bieten den Klienten professionelle Hilfe an. Ideologie ist nicht gefragt, entscheidend ist auch nicht eine „Glaubenslehre“, sondern entscheidend ist, was Therapeuten konkret tun. Und die Ethik von Psychotherapie erfordert, dass sie den Klienten eine im Höchstmaß optimierte Psychotherapie anbieten.

Rogers war ein Pionier, wir verdanken ihm den Entwurf einer neuen Psychotherapie. Heute aber sind die Konzepte alt und ein Festhalten an den Konzepten bedeutet, dass Rogers mehr und mehr zum Problem wird (unverdienterweise): Das Festhalten an alten Konzepten bedeutet auch das Verhindern von Fortschritt und damit das Klammern an der Konfession. Das Problem wird auch von der GwG getragen, die in ihren offiziellen Stellungnahmen immer noch eine Rogers-Therapie propagiert. Wollen wir wirklich angeben, dass wir heute mit Verhaltenstherapeuten konkurrieren mit Konzepten, die 50 Jahre alt sind? Sollen wir uns wirklich auf die im akademischen Bereich schlimmste denkbare Weise blamieren? Wir möchten das nicht.

#### *14. Das Ende der Selbsttäuschung.*

Gesprächspsychotherapie sollte mit dem immer noch ausgeprägten Grad der Selbsttäuschung aufhören, d.h. Annahmen revidieren, die eindeutig falsifiziert sind, wie:

- Die Therapie basiert auf einer Aktualisierungstendenz.
- Die Therapie ist nondirektiv.
- Die Therapie ist optimal wirksam.
- Empathie, Akzeptierung und Kongruenz sind notwendige und hinreichende Therapiebedingungen.

Man kann das alles immer noch glauben, aber man kann auch glauben, dass die Erde flach ist. Das Beharren auf antiquierten Annahmen hat dazu geführt und wird auch weiterhin dazu führen, dass Gesprächspsychotherapie im akademischen Rahmen nicht ernst genommen wird. Vertreter der klassischen Gesprächspsychotherapie werfen den „Neuerern“ manchmal vor, dass diese sich nicht auf den Prozess einlassen wollen und ein Bedürfnis haben nach direktiven Methoden. Vielleicht empfinden die Neuerer den klassischen Ansatz aber auch antiquiert, restriktiv, langweilig, undynamisch, unflexibel und ineffektiv. Man braucht nicht viele Kompetenzen, um klassische Gesprächspsychotherapie auszuführen, man muss nicht einmal Psychologe sein. Vielleicht ist das für eine Psychotherapie doch ein wenig dürftig.

#### 3. Vergleich von Klassischer Gesprächspsychotherapie mit Klärungsorientierter Psychotherapie

Die folgende Tabelle stellt die Konzepte der Klassischen Gesprächspsychotherapie den Konzepten der Klärungsorientierten Psychotherapie gegenüber. Dabei werden sehr tiefgreifende Unterschiede zwischen den beiden Ansätzen deutlich.

Klassische Gesprächspsychotherapie (GT)	Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP)
<p>Empathie, Akzeptierung und Kongruenz-Echtheit sind notwendige und hinreichende Therapie-Bedingungen. Ihre Realisierung reicht aus, um beim Klienten konstruktive Veränderungen anzuregen.</p>	<p>Empathie, Akzeptierung und Echtheit/Transparenz sind wichtige <i>Basisvariablen</i> zum Aufbau einer therapeutischen Allianz. Sie sind auch für eine Klärungsorientierte Psychotherapie notwendig, jedoch keineswegs hinreichend.</p> <p>Selbst zum Aufbau therapeutischer Allianz sind noch weitere therapeutische Strategien wesentlich, z.B. komplementäre Beziehungsgestaltung.</p> <p>Um therapeutische Erfolge zu erzielen, sind viele weitere therapeutische Strategien wesentlich, die weit über diese Basisbedingungen hinausgehen.</p>
<p>GT ist eine „Beziehungstherapie“, sie wirkt durch ein Beziehungsangebot.</p>	<p>KOP basiert auf einer tragfähigen Therapeut-Klient-Beziehung; wirksam sind jedoch vor allem <i>Prozesse der Klärung</i>: Der Repräsentation relevanter Motive und Schemata sowie ihrer Integration und Umstrukturierung.</p> <p>Diese Klärungs- und Bearbeitungsprozesse vermitteln im Wesentlichen den Therapieerfolg.</p>
<p>GT ist haltungsorientiert; es gibt kein explizites Handlungswissen für Therapeuten; es gibt außer den „Basisvariablen“ keine expliziten therapeutischen Strategien.</p>	<p>KOP ist <i>handlungsorientiert</i>; das Konzept enthält explizite störungstheoretische Annahmen, Indikationsregeln und ein explizites Handlungswissen für die Therapeuten.</p> <p>KOP spezifiziert viele <i>therapeutische Strategien</i> zur Klärung und Umstrukturierung von Schemata, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vertiefende Fragen</li> <li>• Explizierung</li> <li>• Bearbeitung der Bearbeitung</li> <li>• Strategien der Prozesssteuerung</li> </ul> <p>und viele weitere Strategien.</p> <p>Die Therapeuten haben <i>explizites Wissen</i> darüber, wann welche Strategien mit welchem Ziel angewandt werden können.</p>
<p>GT basiert auf den theoretischen Konzepten von Rogers, kaum auf aktuellen psychologischen Theorien und Ergebnissen.</p>	<p>KOP basiert auf aktuellen psychologischen Theorien und Befunden, wie z.B. auf Sprachpsychologie, Motivationspsychologie, Emotions- und Kognitionspsychologie sowie auf der Klinischen Psychologie: Auf Wissen über Störungen, Ziele, Strategien, Interventionen, Prozessdiagnostik usw.</p> <p>Die theoretische Basis der KOP wird ständig ak-</p>

	tualisiert.
Zur klassischen GT gibt es praktisch keine neuere empirische Forschung.	<p>Konzepte der KOP werden ständig empirisch validiert und aufgrund von Ergebnissen weiterentwickelt.</p> <p>KOP ist auf dem aktuellen Forschungsstand innerhalb der Psychologie.</p>
Der Therapeut ist nondirektiv, er bietet dem Klienten einen Wachstumsraum, in dem sich der Klient „entfaltet“.	<p>Es wird davon ausgegangen, dass Klienten deshalb Klienten sind, weil sie in Annahmen, dysfunktionalen Lösungen und ungünstigen Strategien festsitzen. Der Therapeut kann daher dem Klienten nicht den Therapieprozess überlassen.</p> <p>Der Therapeut muss im Gegenteil den Klienten eine sehr starke <i>Hilfestellung</i> im Prozess geben. Daher sind Therapeuten hochgradig <i>prozessdirektiv</i>: Sie steuern den Klienten-Prozess in sehr hohem Maße.</p> <p>KOP ist definiert als ein prozessdirektives Interventionsverfahren und keinesfalls als „Wachstumsraum“ und auch nicht als „nondirektiv“.</p>
Aufgrund des Konzeptes von Nondirektivität sind Therapeuten in der GT stark passiv, abwartend, folgend. Wenn sie Regeln folgen, dann im Wesentlichen „don't rules“, die spezifizieren, was sie nicht tun sollen. Ihre Handlungsmöglichkeiten sind extrem begrenzt.	<p>Therapeuten sind aktiv, greifen in den Prozess ein, steuern, verarbeiten und realisieren einen flexiblen, dynamischen Interaktionsprozess.</p> <p>Die Handlungsmöglichkeiten der Therapeuten sind sehr groß; das schafft viele therapeutische Möglichkeiten, erfordert jedoch auch eine <i>sehr</i> höhere Expertise; KOP stellt hohe Anforderungen an den Therapeuten, ist sehr anspruchsvoll.</p>
Therapeuten machen keine „Interventionen“, d.h. sie realisieren keine zielgerichteten therapeutischen Handlungen.	<p>Der Therapeut, der hochgradig prozessdirektiv ist, macht dem Klienten konkrete <i>Bearbeitungsangebote</i>, also Angebote dazu, worauf der Klient achten sollte, welche Fragestellung er nun verfolgen kann, welche Perspektive er nun aufmachen kann und sehr viel anderes mehr.</p> <p>Der Therapeut übernimmt damit in sehr hohem Maße Verantwortung für den Prozess; er ist der <i>Prozessexperte</i> und realisiert überwiegend zielgerichtete therapeutische Handlungen.</p>
Der Therapeut folgt dem Klienten; er greift auf, was der Klient gesagt hat, steuert aber nicht.	<p>Der Therapeut greift aktiv in den Prozess des Klienten ein, er hilft dem Klienten aktiv dabei, Schemata zu klären, die Aufmerksamkeit zu fokalisieren usw. Der Therapeut folgt dem Klienten auch, indem er den Klienten versteht und indem er seine Interventionen an den vom Klienten zentral gemeinten Aspekten verankert. Dann aber steuert er den Prozess des Klienten stark, da der Klient hier nicht alleingelassen werden darf. Damit realisiert KOP sowohl „pacing“ als auch „leading“.</p>
Der Therapeut denkt und handelt nicht strategisch. Er konzentriert sich immer nur auf das, was	<p>Der Therapeut bildet ein Modell vom Klienten und entwickelt daraus langfristige Ziele, Strategien und Interventionen; er denkt und handelt strate-</p>

<p>der Klient gerade sagt.</p>	<p>gisch. Er verfolgt therapeutische Ziele konsequent über einen längeren Zeitraum hinweg.</p> <p>Das konsequente Verfolgen von z.B. eines Klärungsziels ist notwendig, damit der Klient überhaupt eine Schema-Klärung erarbeiten kann; nur dadurch können beim Klienten konstruktive Prozesse angeregt werden.</p>
<p>Der Therapeut ist nur „reale Person“, nicht aber Experte.</p>	<p>Der Therapeut ist „reale Person“, er geht als Person in die Therapeut-Klient-Beziehung, ist authentisch und echt in der Beziehung.</p> <p>Darüber hinaus ist er aber <i>auch Experte</i>: Er ist Experte für Klärungsprozesse, er ist Experte dafür, wie man schwierige persönliche Probleme konstruktiv bearbeitet; er ist Experte dafür, in welchen Schritten, mit welchen Fragestellungen und in welchem Tempo konstruktive Klärungsprozesse vollzogen werden müssen usw. Diese seine Expertise stellt der Therapeut dem Klienten zur Verfügung.</p>
<p>Der Therapeut beurteilt den Klienten nicht, auch nicht dessen Bearbeitung.</p>	<p>Der Therapeut beurteilt den Klienten <i>nicht auf der Inhaltsebene</i>.</p> <p>Er beurteilt jedoch, ob der Klient konstruktiv an seinen Problemen arbeitet oder ob er vermeidet, dysfunktionalen Strategien folgt o.ä. Aufgrund dieser Beurteilung entscheidet sich der Therapeut dazu, den Klienten mit Interventionen gezielt zu unterstützen.</p> <p>Somit realisiert der Therapeut eine ständige <i>Prozessdiagnostik</i>, nach deren Ergebnissen er seine Interventionen ausrichtet.</p>
<p>Der Therapieprozess wird im Wesentlichen als linear und monokausal betrachtet: Der Therapeut realisiert die „conditions“ und daraufhin ändert sich der Klient.</p> <p>Daher spielen Mikro-Analysen des Prozesses auch kaum eine Rolle.</p>	<p>Der Therapieprozess wird als rekursiver Prozess angesehen, als Prozess, in dem immer wieder Teilprozesse erneut durchlaufen werden müssen, und in dem sich strukturierte und chaotische Phasen abwechseln.</p> <p>Der Prozess ist multi-kausal: Viele Einflüsse wirken auf den Prozess, einschließlich der im Lauf der Therapie verstärkt einsetzenden Selbstregulationsprozesse des Klienten.</p> <p>KOP folgt hier stark einer systemtheoretischen Konzeptualisierung des Therapieprozesses.</p> <p>Daher sind Mikro-Analysen des Prozesses von entscheidender Bedeutung.</p>
<p>Der Therapeut benötigt für seine therapeutische Arbeit kein psychologisches Wissen.</p>	<p>Um ein Prozessexperte sein zu können, muss der Therapeut über ein <i>umfangreiches psychologisches Wissen</i> verfügen: Wissen über Verstehensprozesse, über Störungen, über Ziele, über Strategien, über Interventionen, über Beziehung und Beziehungsgestaltung usw. Dieses Wissen des Therapeuten ist für eine konstruktive thera-</p>



	<p>peutische Arbeit von entscheidender Bedeutung.</p> <p>In der Therapieausbildung wird Therapeutinnen und Therapeuten das relevante Wissen vermittelt.</p>
Verstehen wird als eine Art von „unmittelbarem Hineinversetzen“ in den Klienten verstanden.	Verstehen wird aufgrund sprachpsychologischer Konzepte als komplexer Rekonstruktionsprozess aufgefasst, bei dem der Therapeut das „innere Bezugssystem“ des Klienten mit Hilfe eigenen Wissens rekonstruiert. Verstehen ist damit ein hypothetischer, dynamischer, stör anfälliger und hoch komplexer Prozess, in dem die Therapeuten sehr sorgfältig trainiert werden müssen. Das Verstehen dient der Modellbildung.
Es wird davon ausgegangen, dass sich jeder Therapeut in praktisch jeden Klienten hineinversetzen kann.	<p>Ob ein Therapeut den Klienten versteht, hängt von Bedingungen ab, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• von der verfügbaren Information,</li> <li>• vom Wissen des Therapeuten,</li> <li>• von den Verstehenskompetenzen des Therapeuten,</li> <li>• von eigenen, hinderlichen Schemata und Plausibilitätsfällen des Therapeuten.</li> </ul> <p>Fakt ist: <i>Kein</i> Therapeut kann alle Klienten gleich gut verstehen; er sollte in seinen Entscheidungen Rücksicht nehmen. Hier ist auch therapiezentrierte Selbsterfahrung des Therapeuten von großer Bedeutung.</p>
In der GT bilden Therapeuten keine (expliziten) Modelle über den Klienten. Modelle werden als hinderlich für das Verstehen angesehen.	<p>In der KOP bilden Therapeuten mit Hilfe ihres psychologischen Wissens <i>Modelle</i> über die Klienten: Modelle über Probleme, Beziehungsgestaltung, Bearbeitung.</p> <p>Diese Modelle helfen dem Therapeuten beim Verstehen des Klienten; sie sind die <i>Grundlage</i> zur Bildung von Zielen, Strategien und Interventionen. Sie sind ein zentraler Teil der therapeutischen Expertise.</p> <p>Psychologisch werden Modelle nicht als hinderlich für den Verstehensprozess betrachtet, sondern als absolut zentral für das Verstehen: <i>Ohne Modelle kein Verstehen.</i></p> <p>Therapeuten werden systematisch in der Informationsverarbeitung, Modellbildung und therapeutischer Entscheidungsfindung ausgebildet.</p>
Die therapeutische Arbeit bezieht sich auf die Gesamtperson des Klienten, nicht auf Probleme.	<p>Die therapeutische Arbeit wird und sollte immer von konkreten Problemen des Klienten ausgehen, sich dann jedoch mit zentralen Motiven, Schemata des Klienten befassen, sodass Therapie immer sehr viel mehr verändert als Symptome.</p> <p>Das zentrale Therapieziel ist die Entwicklung einer funktionierenden Selbstregulation.</p> <p>Somit richtet sich die Intervention des Therapeuten zunächst durchaus auf die Probleme des Kli-</p>

	<p>enten, ist also hochgradig fokalisiert; systemtheoretisch betrachtet sollen damit aber sehr weitgehende Veränderungen im „Klienten-System“ angeregt werden.</p>
<p>Es werden keine Diagnosen gestellt. Diagnosen werden betrachtet als Beeinträchtigung der Klientenzentrierung.</p>	<p>Auf der Grundlage von Informationen über den Klienten und auf der Basis von Störungstheorien werden Diagnosen über den Klienten gestellt.</p> <p>Diese werden als <i>Heuristiken</i> betrachtet, die es dem Therapeuten erleichtern, den Klienten zu verstehen und sich auf den Klienten einzustellen. In diesem Sinne werden Diagnosen als hochgradig klientenzentriert betrachtet. Störungstheorien sind dabei Teil des therapeutischen Wissens der Therapeuten und damit Teil ihrer Expertise.</p> <p>Die Diagnosestellung in der KOP erfolgt meist mit Hilfe von Prozessanalyse-Instrumenten im Therapieprozess. So dient z.B. eine Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ nicht der Stigmatisierung des Klienten, sondern dazu, beim Therapeuten relevantes Wissen zu aktivieren, um sich auf den Klienten gezielt einstellen zu können, z.B. sich in seiner Beziehungsgestaltung komplementär zu verhalten.</p> <p>Die Annahmen, dass Modelle und Diagnosen verstehen und Klientenzentrierung beeinträchtigen, wird als unpsychologisch und hochgradig absurd betrachtet.</p>
<p>Weitere therapeutische Strategien müssen nicht integriert werden.</p>	<p>KOP integriert Strategien der Kognitiven Therapie, der Schema-Aktivierung, der Ressourcen-Aktivierung, des Focusing im Rahmen eines therapeutischen Konzeptes.</p> <p>Denn eine Klärung von Schemata reicht oft nicht für eine Veränderung aus; dann muss explizit an der Prüfung, Veränderung oder Integration von Schemata gearbeitet werden; die entsprechenden therapeutischen Strategien sind Bestandteil der KOP.</p> <p>Den Klienten sollten alle wesentlichen therapeutischen Strategien angeboten werden; Ideologien sind hier extrem hinderlich, nicht klientenzentriert und unpsychologisch.</p>
<p>Klassische GT folgt dem Homogenitätsmythos: Alle Klienten sind gleich und allen Klienten wird das gleiche therapeutische Angebot gemacht (das gleiche „Beziehungsangebot“).</p>	<p>KOP weist neben allgemeinen Therapiekonzepten eine sehr hohe Störungsspezifität auf: Es gibt störungsspezifische Theorien, Strategien und Interventionen, die auf allgemeinen Konzepten basieren, die die spezifischen Bedingungen der einzelnen Störung aber hochgradig berücksichtigen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei psychosomatischen Störungen,</li> <li>• bei Persönlichkeitsstörungen,</li> <li>• bei Ängsten,</li> <li>• bei Depressionen,</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei Abhängigkeitserkrankungen.</li> </ul> <p>Erst wenn sich der Therapeut auf die spezifischen Handlungen, Schemata usw. eines Klienten einstellen kann, handelt er <i>wirklich</i> klientenzentriert.</p>
Es gibt außer den Basisvariablen keine spezifischen Beziehungsgestaltungen.	<p>Es wird davon ausgegangen, dass <i>auch die Beziehungsgestaltung störungsspezifisch</i> sein muss, d.h. ein Therapeut sollte eine komplementäre und differentielle Beziehungsgestaltung realisieren, je nach den zentralen Motiven, Zielen, Eingangsvoraussetzungen und interaktionellen Handlungen des Klienten.</p> <p>Dadurch wird das Interaktionsverhalten des Therapeuten sehr flexibel, es wird damit aber auch hochgradig klientenzentriert.</p>
Der Therapeut kann keine spezielle Bearbeitung der Bearbeitung anregen.	<p>Vermeidet der Klient sehr stark die Konfrontation mit aversiven Schemata oder zeigt er massive Bearbeitungsschwierigkeiten, dann kann der Therapeut mit Hilfe spezifischer Strategien gezielt diese Bearbeitungsprobleme bearbeiten. Er realisiert dann eine „Bearbeitung der Bearbeitung“.</p> <p>Dies ist z.B. bei der Therapie von psychosomatischen Klienten von großer Bedeutung.</p>
Der Therapeut kann die Beziehung zum Klienten thematisieren. Dabei kann er den Klienten aber kaum mit seinem Eindruck konfrontieren.	<p>Weist ein Klient (massive) interaktionelle Probleme im Therapieprozess auf, dann kann der Therapeut eine „Bearbeitung der Beziehung“ anregen.</p> <p>Dazu kann er den Klienten mit dessen Interaktionsverhalten konfrontieren.</p> <p>Diese Strategien sind insbesondere bei Klienten mit Persönlichkeitsstörungen von Bedeutung.</p>
Nondirektivität und die Ansicht, der Therapeut sei kein Experte, führen dazu, dass der Therapeut dem Klienten folgt, ohne eigene Vorschläge einzubringen.	<p>Es wird angenommen, dass der Therapeut der Experte für den Therapieprozess ist, der <i>Prozessexperte</i>.</p> <p>Es wird aber auch angenommen, dass der Klient über seine Inhalte, sein Leben, seine Entwürfe entscheiden muss, dass der Klient somit der Experte für seine Inhalte ist, der <i>Inhaltsexperte</i>.</p> <p>Im Therapieprozess bilden die beiden Experten ein <i>Team</i>, das verhandelt: Der Therapeut hilft dem Klienten bei der Klärung von Schemata und Motiven, und er berät den Klienten darin, wie er eigene Ziele erreichen kann; der Klient entscheidet, ob er den Angeboten des Therapeuten folgen will. Auf diese Weise wird ein (informed) Konsens gebildet oder auch nicht: Das Team kann auch zu der Entscheidung kommen, dass Kompromisse nicht gefunden werden können.</p>
Selbsterfahrung wird als ein wichtiges Element der Therapieausbildung betrachtet.	<p>Selbsterfahrung wird als ein wichtiges Element der Therapieausbildung betrachtet, insbesondere <i>therapiezentrierte Selbsterfahrung</i>, bei der der</p>

	Therapeut eigene therapierrelevante Schemata, Plausibilitätsfallen, Reaktionstendenzen u.a. klärt, die seine Verarbeitung, seine Interventionen, seine Beziehungsgestaltung u.a. beeinflussen können.
Die Therapieausbildung bezieht sich auf das Training der Basisvariablen und vermittelt kaum spezifische Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen.	<p>Die Ausbildung dient der Herstellung von therapeutischer <i>Expertise</i>, d.h. dem Erwerb relevanten Wissens und gut einsetzbarer Verarbeitungs- und Handlungskompetenzen, d.h. von Kompetenzen, über die ein Therapeut flexibel verfügen kann, wann immer er sie benötigt.</p> <p>Dazu ist einmal die Vermittlung von Wissen wesentlich: Störungswissen, Wissen über Therapieprozesse, Ziele, Strategien, Interventionen.</p> <p>Dazu ist aber auch das Training gut funktionierender Kompetenzen erforderlich: Kompetenzen des Verstehens, der Modellbildung, der therapeutischen Entscheidung, der Bildung von Strategien, zum Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen usw.</p> <p>All dies erfordert ein aufwendiges Training.</p>

Klärungsorientierte Psychotherapie umfasst bezüglich der Theorie, der Strategien und des „Know how“ die Klassische Gesprächspsychotherapie, geht aber sehr weit über diese hinaus. Somit schließt die Klärungsorientierte Psychotherapie auch die bisherige Effektforschung zur Klassischen Gesprächspsychotherapie ein. Studien zeigen, dass die Effektivität von Klärungsorientierter Psychotherapie die Effektivität Klassischer Gesprächspsychotherapie deutlich übersteigt.

#### 4. Einige Grundannahmen der Klärungsorientierten Psychotherapie.

Es sollen nun exemplarisch noch einige theoretische Grundannahmen der Klärungsorientierten Psychotherapie kurz dargestellt werden.

1. Klärungsorientierte Psychotherapie hat das Ziel, Erleben und Verhalten, das die Klientinnen und Klienten selbst als dysfunktional und problematisch erleben, in konstruktiver Richtung zu verändern; damit werden sowohl manifeste klinische Symptome abgebaut, als auch die Lebensqualität der Klienten erhöht.
2. Problematisches Erleben und Verhalten wird einmal durch dysfunktionale kognitive oder affektive Schemata gesteuert: Durch negative Selbstkonzepte (z.B.: „Ich kann nichts, ich bin ein Versager.“), dysfunktionale Annahmen (z.B.: „Wenn ich mich wehre, wird alles schlimmer.“), alte affektive Schemata (z.B.: negative Gefühle, Fluchtimpulse und Rückzug bei Kritik, lageorientiertes Grübeln nach Misserfolg) u.ä.
3. Die Schemata wirken oft hoch automatisiert, ohne Repräsentation im Bewusstsein: Die Personen kennen die Schemata selbst nicht, verstehen sie selbst nicht,

können sie nicht kontrollieren und sie auch nicht mit positiven Schemata und Ressourcen verbinden. Insbesondere affektive Schemata wirken hochgradig implizit und automatisiert.

4. Ziel der Klärungsorientierten Psychotherapie ist hier die Aktivierung, Fokalisierung und kognitive, bewusste Repräsentation kognitiver und affektiver Schemata.
5. Durch diese Repräsentation werden die Schemata der Person zugänglich: Die Schemata können geprüft, mit positiven Schemata und Ressourcen verbunden, umstrukturiert und in bestehende Strukturen integriert werden, wodurch sie grundlegend verändert werden: Sie entfalten damit nicht mehr ihre dysfunktionalen Wirkungen auf Erleben und Verhalten.
6. Problematisches Erleben und Verhalten kann aber auch da durch zustande kommen, dass Personen eigene Motive nicht repräsentiert haben und sich dadurch an externen Normen orientieren, wodurch massive interne Diskrepanzen, Inkongruenzen entstehen, die zu Unzufriedenheiten und Störungen führen (sog. Alienation).
7. Das Ziel Klärungsorientierter Psychotherapie besteht dann darin, die Zugänglichkeit der Person zu ihrem eigenen Motivsystem zu erhöhen, die Diskrepanzen zu bearbeiten und so die Alienation aufzuheben; dies setzt positive Ressourcen frei, vermindert Inkongruenzen, reduziert Unzufriedenheit und psychische Probleme.
8. Problematisches Erleben und Verhalten kann auch aus nicht-bearbeiteten internalen Konflikten zwischen Schemata, zwischen Motiven und Annahmen, Motiven und Handlungsstrategien u.a. resultieren.
9. Klärungsorientierte Psychotherapie zielt dann darauf ab, die konfligierenden Schemata zu repräsentieren, zu bearbeiten und der Person eine tragfähige Entscheidung zu ermöglichen.
10. Ein zentrales Ziel der Klärungsorientierten Psychotherapie ist damit die Erhöhung der Selbstregulation der Person und dadurch der Abbau von psychischen Problemen.
11. Klärungsorientierte Psychotherapie hat dazu spezifische Strategien entwickelt: der Beziehungsgestaltung, der Aktivierung von Schemata, der Bearbeitung und Repräsentation von Schemata (insbesondere affektiver Schemata), der Umstrukturierung, Prüfung und Integration repräsentierter Schemata.
12. Klärungsorientierte Psychotherapie verfügt dabei über störungsspezifische Konzepte und insbesondere über Strategien im Umgang mit sog. „schwierigen Klienten“ (z.B. Klienten mit psychosomatischen Störungen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen) sowie über Strategien zum Umgang mit „schwierigen Interaktions-Situationen“.

## 5. Wissenschaftliches System oder Sekte?

Heute hat man die Wahl in der Gesprächspsychotherapie, ob man ein wissenschaftlich fundiertes, in der Psychologie fundiertes, empirisch gestütztes, sich weiterentwickelndes Konzept befürworten will, oder ein klassisches, unveränderliches, hochgradig ideologisches System befürworten will, das hartnäckig jede empirische Forschung ignoriert und das sich zu einer Sekte entwickelt. Man hat m.E. die Wahl zwischen einem wissenschaftlichen System und einer Sekte.

Aus wissenschaftlicher Sicht muss man viele Rogerianische Konzepte aufgeben wie:

- Aktualisierungstendenz,
- Nondirektivität,
- Gesprächspsychotherapie als Beziehungsangebot,
- Homogenitätsmythos,
- Ablehnung der Diagnostik,
- Ablehnung des Expertenstatus der Therapeuten,
- Ablehnung der Modellbildung über Klienten,
- die Annahme, dass Basishaltungen von Therapeuten allein konstruktive Änderungen bei Klienten erzeugen.

Behält man all diese Konzepte jedoch bei, dann muss man sich sagen lassen,

- dass man empirische Forschung ignoriert;
- dass man die Theoriebildung in der Psychologie ignoriert;
- dass man nicht mehr den Anspruch erheben kann, ein psychologisches, wissenschaftliches Therapieverfahren zu vertreten.

Hält man an theoretisch überholten, empirisch eindeutig falsifizierten Annahmen fest, dann verlässt man völlig eindeutig den Rahmen von Wissenschaft. Denn Zweifel, empirische Absicherung und Weiterentwicklung sind die Kernpunkte wissenschaftlicher Forschung. Lässt man Veränderungen nicht mehr zu, dann baut man eine chinesische Mauer gegen den Fortschritt. Und dann befindet man sich im Bereich der Religion, der Sekte. Einer Sekte geht es darum,

- ein System so weit wie möglich zu konservieren, von allen Veränderungen abzuschotten;
- die Lehre so rein wie möglich zu halten und zu verteidigen;

- jede Abweichung zu brandmarken und als nicht „wahr“, nicht „rein“, nicht „zutreffend“ zu markieren;
- die Texte des Stifters in Ehren zu halten;
- die Texte des Stifters einer Exegese zu unterziehen und darüber zu debattieren, was er wohl mit welchen Aussagen gemeint haben könnte;
- alle Alternativen und falsifizierenden Daten hartnäckig zu ignorieren;
- das System trotz massiver Gegenbeweise als optimal, vollendet, nicht revisionsbedürftig zu definieren.

Auf manche Konzepte der Gesprächspsychotherapie trifft meines Erachtens diese Definition einer Sekte vollständig zu. Natürlich kann man eine Sekte bilden und all das glauben; das einzige, was man dann m.E. aber nicht mehr ungestraft behaupten darf, ist, man sei wissenschaftlich fundiert, denn das ist blanker Unsinn. Und es ist eine systematische Täuschung.

Und: Das Entscheidende ist dann auch gar nicht mehr, *den Klienten* möglichst effektiv zu helfen; der Klient ist zu einer bloßen Randfigur verkümmert. Das System ist damit auch keineswegs mehr klientenzentriert, es ist hochgradig ideologie-zentriert. Man reflektiert nicht mehr, wie man dem Klienten helfen kann oder was der Klient will (mit Sicherheit keine Ideologie!), sondern man reflektiert, was Rogers gedacht hat.

Ich möchte mich klar und eindeutig von einer solchen Sektenentwicklung distanzieren und auch nicht einmal ansatzweise damit verwechselt werden. Daher möchte ich meinen Ansatz auch nicht mehr Gesprächspsychotherapie, sondern Klärungsorientierte Psychotherapie nennen.

## Literatur

- Becker, K. & Sachse, R. (1998). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.
- Biermann-Ratjen, E.M., Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (1995). *Gesprächspsychotherapie* (7. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Elliott, R. (1996). Sind klientenzentrierte Erfahrungstherapien effektiv? Eine Meta-Analyse zur Effektforschung. *GwG Zeitschrift*, 101, 29-36.
- Grawe, K., Caspar, F.M. & Ambühl, H. (1990a). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 316-337.
- Grawe, K., Caspar, F.M. & Ambühl, H. (1990b). Die Berner Therapievergleichsstudie: Wirkungsvergleich und differentielle Indikation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19 (4), 338-361.

- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L.S., Elliott, R. & Lietaer, G. (1994). Research on experimental psychotherapies. In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change (4th edition)*, 509-539. New York: Wiley.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N. & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 1st edition*, 311-384. New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change, 4th edition*, 270-276. New York: Wiley.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (Ed.), *Psychology: A Study of a Science*, 3: 184-256. New York: Mc Graw-Hill. Dt. Übers. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GwG-Verlag.
- Sachse, R. (1986). *Gesprächspsychotherapie*. Kurseinheit zum Kurs „Formen der Psychotherapie“ im Projekt „Wege zum Menschen“ der Fern-Universität Hagen.
- Sachse, R. (1988). Das Konzept des empathischen Verstehens: Versuch einer sprachpsychologischen Klärung und Konsequenzen für das therapeutische Handeln. In: GwG (Hrsg.), *Orientierung an der Person: Diesseits und Jenseits von Psychotherapie, Bd. 2*, 162-174.
- Sachse, R. (1992). *Zielorientierte Gesprächspsychotherapie – Eine grundlegende Neukonzeption*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1996). *Praxis der Zielorientierten Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse, R. & Elliott, R. (2002). Process-Outcome Research on Humanistic Therapy Variables. In: D. Cain, & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sachse, R. & Maus, C. (1991). *Zielorientiertes Handeln in der Gesprächspsychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachse, R. & Takens, R.J. (2003). *Klärungsprozesse in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, P.F. (2002). Anspruch und Antwort: Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In: W. Keil & G. Stamm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie*, 75-106. Heidelberg: Springer.